**大阪市障がい児通所支援事業所等　事故報告書**

（様式２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告者の職種・氏名(連絡先） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 記入日 | 　　 年 月 日( ) |
| 事業所名(事業所番号） | （　275　　　　　　　　　　　　　　） | サービス種別 | □児童発達支援　□児童発達支援ｾﾝﾀｰ□医療型児童発達支援□放課後等デイサービス□居宅訪問型児童発達支援□保育所等訪問支援□入所支援　　□障がい児相談支援 |
| 利用者 | （フリガナ）氏　名 |  | 年齢 |  | 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 |  | 連絡先 | (　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　)　　　 　－　 　　 　－　　　 　 |
| 行政機関 | 利用者の支給決定市区町村名 |  | 左記への報告日 | 　　 年 月 日( ) |
| 事業所所在地の指定権者（担当課名） | 大阪市福祉局障がい者施策部運営指導課 | 左記への報告日 | 　　 年 月 日( ) |
| 事故等の概要 | 発　生　日　時 | 　　 年 月 日( )　　 時　　　分　頃 | （状況図） |
| 発生場所 |  |
| 事故の程度 | □受診、自施設内での応急処置□入院　□死亡□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事故等の種類 | □転倒　□異食　□行方不明　□転落□誤薬、与薬もれ等　□誤嚥・窒息□医療処置関連　□食中毒　□感染症□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事故等の内容（事故発生までの時系列や発見時の状況も含めて具体的に） | □支援中　　□食事中　　□外出中　　□送迎中　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事故時の対応〇通所支援等事業所で発生した死亡事故、重大事故（※）、置き去り事故については大阪府に対して情報提供を行います。※重大事故：原則、30日以上の治療を要すると医師等が判断した健康被害があったもの　等 | 応急処置の概　　　　要（対応者・時間等を明確に） |  |
| 受診した医療機関 | 名称 |  | 所在地 |  |
| 診断結果治療・処置内容等 |  |
| 連絡した障がい福祉事業者・関係機関 |  | 連絡日時 | 　　 年 月 日( )　 時 　　分 |
|  | 連絡日時 | 　　 年 月 日( )　 時 　　分 |
|  | 連絡日時 | 　　 年 月 日( )　 時 　　分 |
| 保護者等への説明状況 |  |
| 損害賠償の発生状況 |  |
| その後の経過 | その後の経過 |  |
| 顚末（結果） |  |
| 再発防止のための取組み | 事故等が発生した要因分析 |  |
| 再発（未然）防止のための改善策　 |  |
| 改善策の実践状況 |  |
| （備　　　　　考） |